FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 303

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-André PICARDA

Né à Paris, le 8 juillet 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE RADIOLOGIQUE

DE

QUELQUES TROUBLES RARES DU TRANSIT GRÊLE

APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Président : M. CUNÉO, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1930

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-André PICARDA

Né à Paris, le 8 juillet 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE RADIOLOGIQUE DE

QUELQUES TROUBLES RARES DU TRANSIT GRÊLE

APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Président : M. CUNÉO, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1930

DOYEN.. . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
LAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.
INET	Physiologie.
UBERTIN . .	Pathologie médicale.
ÉNARD (H.) .	Pathologie médicale.
LANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
ROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale
RULÉ	Pathologie médicale.
ADENAT. . .	Pathologie chirurgicale
ATHALA. . .	Pathologie médicale.
HABROL . .	Pathologie médicale.
HEVALLIER.	Pathologie médicale.
e GAUDART d'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
OGNON. . .	Physique.
ONZELOT. .	Pathologie médicale.
CALLE . . .	Obstétrique.
EY.	Urologie.
ARNIER. . .	Pathologie expérimentle
ASTINEL . .	Bactériologie.
ATELLIER. .	Pathologie chirurgicale
ROUD . . .	Histologie.
ARVIER. . .	Pathologie médicale.
OVELACQUE	Anatomie.
UTINEL. . .	Pathologie médicale.
DANNON . .	Hygiène.
OYEUX. . .	Parasitologie.
ABBÉ (Henri)	Chimie biologique.

MM.	
LAROCHE (G.)	Pathologie médicale.
LEMAITRE . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . .	Anatomie pathologique
LEVEUF . . .	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (F.).	Pharmacologie.
MILLOT. . .	Histologie.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale
MOREAU . . .	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
OBERLING . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER . . .	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES . . .	Obstétrique.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . .	Physiologie.
SÉZARY. . . .	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.
VIGNES . . .	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ISQUET	Pharmacologie.
JENIOT	Obstétrique.
EQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER . . .	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.
LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . .	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde et affectueuse reconnaissance.

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE ET EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN
MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU
MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRY
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO
MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION
MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

A MONSIEUR LE DOCTEUR B. DESPLAS

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN QUÉNU

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. OULIÉ

Chirurgien de l'Hôpital de Constantine

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse.

A Monsieur le Docteur HARET

Radiologiste des Hôpitaux

Notre maître en radiologie, nous saisissons cette occasion de lui manifester notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Etienne PIOT

Radiologiste des Hôpitaux

Notre premier maître en radiologie qui nous a fourni l'idée première de ce travail et qui a bien voulu nous aider de ses précieux conseils et nous faire profiter de son expérience durant le temps que nous avons passé dans son service.

A Monsieur le Docteur BERGERET

Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur G. CALDERON

A Monsieur le Docteur CAROLI

Interne des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur LAGARENNE

Radiologiste des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur LARDENNOIS

A Monsieur le Docteur THALEIMER

Qui nous ont aidé de leurs conseils et nous ont communiqué les documents nous permettant la rédaction de ce travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE RADIOLOGIQUE

DE

QUELQUES TROUBLES RARES DU TRANSIT GRÊLE

APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DE L'ESTOMAC APRÈS LES INTERVENTIONS

La radiologie a désormais conquis une place de premier rang dans l'exploration du tube digestif.

En pathologie gastrique, nul ne songe à discuter son importance.

Elle fait désormais partie intégrante de la clinique et elle est devenue un complément indispensable des autres modes d'exploration.

Elle est en particulier précieuse pour contrôler les résultats des interventions gastriques et surtout de la gastro-entérostomie.

Elle seule en effet permet de vérifier :

La perméabilité de la bouche,

L'emplacement de l'anastomose et la régularité de la technique,

Le mode de fonctionnement,

Les modifications du tonus, de la forme, de la mobilité de l'estomac,

L'évolution de la maladie qui a déterminé l'intervention,

L'apparition de complications, ulcère peptique, fistule gastro-jéjuno-colique, enfin les troubles du transit intestinal ; stase et dilatation de l'anse efférente, circulus viciosus.

Sa pratique est donc indispensable.

Mais pour pouvoir tirer des conclusions, il est nécessaire que la collaboration reste étroite entre le clinicien et le radiologiste.

C'est en effet en mettant en parallèle les symptômes cliniques et les troubles fonctionnels accusés par le malade avec les modifications trouvées à l'écran, que l'on peut arriver à une juste appréciation des résultats de l'intervention.

Au bout de combien de temps cet examen doit-il être pratiqué ?

J. T. Case le conseille au lit même du malade au bout de un ou deux jours, quand il existe des signes d'obstruction.

C'est là évidemment une pratique n'ayant que des indications exceptionnelles.

Généralement on considère qu'un délai de deux mois est suffisant et que c'est à ce moment qu'on peut véritablement étudier le fonctionnement gastrique.

Cependant, il nous paraît intéressant d'étudier comme le fait Case les modifications apportées par

l'opération dès le lever du malade vers le quinzième jour.

Les renseignements recueillis à ce moment peuvent notablement différer de ceux obtenus aux examens ultérieurs, surtout en ce qui concerne la motricité.

Enfin, il est bien évident que des examens tardifs sont fort utiles tant pour le patient que pour le chirurgien pour apprécier les résultats définitifs.

D'autre part, des examens seront pratiqués toutes les fois qu'un malade soulagé par l'opération recommence à souffrir ou accuse des troubles fonctionnels.

Avant tout, il est capital que le radiologiste soit en possession de l'observation complète du malade qu'il va examiner.

Les symptômes accusés avant l'intervention, leur persistance ou leur disparition après elle, la nature exacte de la lésion constatée, son siège anatomique, le compte rendu opératoire complet sont absolument indispensables si on veut faire un examen fructueux.

Le compte rendu radioscopique antérieur à l'opération est d'une grande importance puisque c'est lui qui permettra de noter les modifications dans la forme, la situation, la motilité et l'évacuation gastrique.

Le repas opaque.

Le repas opaque doit présenter les mêmes qualités que pour l'examen gastrique.

Il doit être :

1° Stable ;

2° Sans action propre sur le fonctionnement gastrique ;

3° Indifférent au suc gastrique ;

4° Plus dense que l'eau et non miscible au suc gastrique ;

La bouillie au sulfate de baryte gélatineux remplit bien toutes ces conditions.

On en donnera 150 à 200 cmc.

Il sera parfois utile de la préparer un peu plus épaisse que pour l'examen gastrique ordinaire.

Le repas sera donné au malade derrière l'écran.

Technique de l'examen.

L'examen sera pratiqué d'abord en position frontale puis en position couchée, il est la plupart du temps indispensable de chercher des incidences obliques ou même transversales pour voir le point d'implantation de la bouche.

L'examen radioscopique donne les renseignements les plus importants mais il doit être complété dans tous les cas douteux par des clichés qui fixeront les aspects intéressants et qui préciseront les

fins détails qui peuvent échapper à l'œil de l'observateur sur l'écran fluorescent, d'autre part ils constitueront des documents préférables à n'importe quelle description.

L'examen doit être *complet*.

La vérification hâtive d'un passage semblant satisfaisant à travers la bouche ne saurait jamais suffire.

Une telle pratique risque de laisser passer des troubles de fonctionnement parfois graves. Comme dans tout examen du tube digestif, la technique de beaucoup la meilleure consiste à suivre pas à pas le cheminement du repas opaque, par des examens répétés d'heure en heure jusqu'à ce que la baryte se trouve dans le gros intestin.

S'il est certain que l'observation de l'aspect de la bouche, de son fonctionnement, de sa situation, constitue un point capital ; il n'en est pas moins vrai que le reste du transit grêle doive être exploré.

Sans négliger le reste de l'intestin l'attention sera surtout fixée sur l'anse jéjunale anastomosée

Celle-ci peut présenter certains aspects radiologiques traduisant une gêne du transit à son niveau, aspects sur lesquels l'attention n'a été qu'assez rarement attirée et qui font l'objet de ce travail.

Nous étudierons successivement l'aspect normal de l'anse efférente, son aspect pathologique et particulièrement sa dilatation.

Enfin nous terminerons en étudiant certaines anomalies de fonctionnement que l'on peut observer au niveau de l'anse afférente.

TRANSIT GASTRO JÉJUNAL EN CAS DE FONCTIONNEMENT SATISFAISANT

Cette question qui a été très controversée est selon nous très importante pour l'étude que nous avons l'intention de faire de quelques troubles du transit grêle.

Certains auteurs ont en effet voulu trouver dans le mode d'évacuation de l'estomac l'explication de divers troubles fonctionnels.

Très souvent au début de l'ingestion la bouche est incontinente et la bouillie barytée passe directement dans l'anastomose.

Dans la majorité des cas au bout de quelques instants il s'établit une évacuation par bouchées successives présentant un caractère rythmique se rapprochant beaucoup du fonctionnement pylorique à l'état normal.

Pour expliquer ce fait diverses théories ont été émises.

Beaucoup d'auteurs ont conclu à la reconstitution d'un pylore fonctionnel, opinion qui a été combattue avec arguments anatomiques par Hartmann et Soupault, Petersen et Machol, Neuhaus.

Pour Helmer reprenant l'opinion de Forsell les plis de la muqueuse sont chargés par des mouvements actifs de la fine régulation du passage du bol alimentaire.

Ces plis tant au niveau de l'estomac qu'au niveau de l'anse grêle subiraient un regroupement important aux alentours de l'anastomose.

Il a été aussi discuté de savoir si le passage par la bouche se faisait pendant les contractions (Hartmann) ou en dehors d'elles (Froin, Fedeli) le rythme provenant alors de l'obturation de l'anastomose pendant les ondes péristaltiques.

Christophe fait remarquer que la direction de la bouche qui peut être suivant la technique horizontale, oblique, ou presque verticale peut jouer un rôle dans le rapport du fonctionnement de l'anastomose avec une période de contraction ou de repos de l'estomac et ce serait d'après lui la raison des divergences observées entre les divers auteurs.

M. Caroli qui a vérifié à l'Hôtel-Dieu le fonctionnement des gastrectomies du Dr Bergeret a bien voulu nous communiquer ce qu'il avait observé.

« Dans tous les cas l'estomac se vide par incon-
« tinence au début. Cette évacuation anticipée peut
« s'évaluer en moyenne au 1/4 ou au 1/3 de la baryte
« absorbée. »

Cependant malgré que dans la gastrectomie l'inertie motrice soit complète l'évacuation rythmique ne s'en établit pas moins au bout de une ou deux minutes.

« Nous nous sommes demandés dit M. Caroli, la « raison de la cessation de l'évacuation incontinente. « Nous avons fait l'expérience suivante : ayant donné « un premier repas baryté nous avons attendu que « la dernière bouchée de baryte ait quitté l'estomac « amputé. Faisant alors absorber un nouveau repas « nous n'avons plus observé l'évacuation en masse « du début. »

Nous avons nous-mêmes fait l'expérience chez deux malades gastro-entérostomisés et nous n'avons plus constaté non plus l'évacuation par surprise.

« D'où cette conclusion qui nous paraît s'imposer; « la bouche de gastro-entérostomie est incontinente « une fois pour toutes, mais cette évacuation en « trombe cesse de se produire dès que les premières « anses sont remplies.

« *Alors les mouvements intestinaux règlent par « leur rythme l'évacuation gastrique.* »

Nous avons constaté en effet que dans la gastro-entérostomie la motilité gastrique était toujours très diminuée, que les vagues ondulations que l'on note parfois sur la grande courbure ne paraissent guère susceptibles de jouer un rôle important dans l'évacuation.

Ces notions qui s'écartent quelque peu du point de vue classique où la motilité gastrique est signalée comme étant seulement légèrement diminuée a une importance considérable pour l'étude de la dilatation de l'anse que nous ferons plus loin.

Enfin, dans certains cas plus rares, l'évacuation

se fait d'une façon complètement incontinente, il ne se produit aucun arrêt, et l'estomac se vide comme un vase qui fuit. Néanmoins dans ces cas il est bon de tenir compte de la nature du repas ingéré.

Une bouche qui sera incontinente pour du liquide baryté sera parfaitement continente pour un repas opaque de plus grande consistance.

I. L'anse anastomotique à l'état normal.

Nous commencerons par étudier comment se présente l'anse jéjunale dans une gastro-entérostomie fonctionnant d'une façon satisfaisante.

Aspect radiologique.

Dans la grande majorité des cas, la bouche se dessine dès que le bas-fond gastrique se remplit, la baryte coulant directement dans le grêle, mais généralement au bout de deux ou trois minutes le fonctionnement devient rythmique.

La situation dépend évidemment de la technique ; elle doit se trouver au point déclive.

L'anse se présente sous la forme d'une ombre rubannée descendant du bas-fond gastrique, verticalement, ou le plus souvent se portant obliquement en bas et à gauche.

Son calibre est d'environ un ou deux centimètres. Son contour est dentelé ; cet aspect du aux valvules conniventes est surtout net sur les radiographies

mais il est assez difficile à saisir sur l'écran, la baryte se répandant rapidement dans les autres anses grêles.

Parfois il peut y avoir un aspect ampullaire ou dilaté de l'anse ; dans ces cas et avant de conclure à un trouble quelconque il est indispensable de pratiquer un examen en oblique ou en transverse. L'anse anastomotique peut en effet avoir une direction oblique d'arrière en avant qui en position frontale, peut donner un aspect de dilatation provenant de la vue en raccourci.

Le cliché nº 1 que nous publions montre bien qu'une erreur d'interprétation aurait pu être faite si le cliché 2 pris en transverse n'était pas venu montrer un calibre tout à fait normal.

L'anse anastomotique se continue normalement sans aucune interruption ni aucun changement de calibre avec les autres anses grêles.

Il ne doit se produire aucune stagnation de la baryte à son niveau.

Dans un certain nombre de cas on aperçoit aussi l'image de la branche afférente, soit qu'elle soit injectée par le pylore resté perméable, soit que son remplissage soit dû à un léger reflux venant de l'anastomose sans pour cela qu'on puisse parler de circulus viciosus.

La dilatation de l'anse efférente après gastro-entérostomie.

La dilatation de l'anse anastomosée, tout au moins la dilatation importante avec stase, traduit le plus souvent une sténose haute du grêle. C'est une complication relativement rare dont nous n'avons pu réunir que cinq observations publiées.

Symptomes cliniques de la sténose haute du grêle après gastro-entérostomie.

Les symptômes cliniques ne permettent jamais à eux seuls de faire le diagnostic. Ils amènent seulement à pratiquer l'examen au cours duquel la lésion est découverte.

Généralement après une guérison complète le malade voit réapparaître les troubles gastro-intestinaux.

1° *Douleurs.* — Les douleurs constituent parfois à elles seules toute la symptomatologie.

Elles siègent généralement dans la région sus-ombilicale.

Surtout post-prandiales elles peuvent survenir à des horaires variables, tantôt immédiatement après les repas, tantôt tardives, deux heures ou trois heures après. Elles sont calmées par les vomissements. Leur intensité est des plus variables, parfois il s'agit d'une simple sensation de pesanteur, et

surtout de ballonnement sus-ombilical, d'autres fois elle est transfixiante, analogue à celle que l'on observe dans l'ulcus peptique du jéjunum.

2° *Vomissements.* — Ils sont fréquents. Ils peuvent se produire en dehors des repas et être bilieux ou bien après les repas, généralement tardifs, présentant alors le caractère de vomissements de stase, ils renferment des matières alimentaires en grande partie digérées.

3° *Signes généraux.* — L'état général est le plus souvent rapidement atteint, soit que le malade restreigne son alimentation pour éviter les crises douloureuses, soit que les vomissements répétés amènent encore plus rapidement un état de dénutrition qui peut être grave.

4° *Signes physiques.* — La plupart du temps ils se réduisent à fort peu de choses.

Dans certains cas cependant on peut percevoir par la palpation de l'abdomen l'anse distendue, mais il est bien difficile de la dissocier par la palpation ou la percussion de l'estomac à laquelle elle est souvent presque accolée.

On peut dans certains cas percevoir la tumeur néoplasique ou inflammatoire qui a déterminé l'obstruction grêle.

Mais ce n'est qu'à l'écran que l'on pourra véritablement faire le diagnostic.

En effet, suivant la prédominance des douleurs ou des vomissements, le diagnostic clinique sera celui

d'ulcère peptique du jéjunum ou de rétrécissement de la bouche.

Aspect radiologique.

Dans les cas de sténose jéjunale suffisamment serrée, il existe de la stase et de la dilatation gastriques (Obs. IV et V).

L'aspect est absolument le même que celui observé dans une sténose pylorique. Même dilatation « en cuvette du bas-fond » gastrique, existence de liquide de stase à jeun au travers duquel la bouillie barytée vient tomber en « chute de neige». Le passage au travers de la bouche ne présente le plus souvent rien d'anormal. Mais l'anse efférente apparaît immédiatement très augmentée de volume.

Sa dilatation est très variable, pouvant dans certains cas atteindre le volume de l'estomac lui-même.

La baryte s'accumule dans cette anse qui est stasique, et au lieu de voir comme normalement le reste du grêle s'injecter rapidement on n'aperçoit dans le reste jéjunum que quelques traces de matière opaque.

L'aspect radiologique de cette anse dilatée est très modifié.

L'image profondément dentelée du grêle due aux valvules conniventes disparaît plus ou moins complètement.

Dans les cas de grosse distension on a une image en cuvette à contour inférieur régulièrement curvi-

ligne (Ledoux-Lebard, Jahiel et Calderon, Goubert).

Il peut exister aussi du liquide de stase ainsi qu'une bulle gazeuse surmontant la baryte.

Le péristaltisme est intermittent, mais sous l'influence des contractions on peut voir l'anse devenir globuleuse.

Le plus souvent on assiste à des contractions violentes qui tentent de vaincre l'obstacle.

Ces contractions sont péristaltiques et antipéristaltiques et communiquent à la baryte un mouvement de va-et-vient.

Du reflux peut alors se produire soit dans l'anse afférente qui peut participer à la dilatation (obs. V) donnant avec l'estomac et l'anse efférente une image à trois niveaux liquides (Ledoux-Lebart, Goubert), soit vers l'estomac ; il semble alors y avoir aspiration dans l'estomac du contenu de l'anse ; le malade vomit dans son estomac.

Suivant que la sténose est plus ou moins marquée cet aspect persiste plus ou moins longtemps.

Souvent il ne passe que quelques fragments de baryte dans le grêle sous-jacent.

Les contractions constatées à l'écran coïncident fréquemment avec des paroxysmes douloureux accusés par le malade.

La palpation sous écran de l'anse dilatée est nettement douloureuse.

On note parfois une diminution de la mobilité dans cette région ou une mobilisation en bloc témoignant de l'existence d'adhérences.

Diagnostic radiologique.

Il est en général facile, étant donnés les anamnestiques et la notion de l'intervention pratiquée. Sans quoi les images observées surtout en cas de dilatation importante pourraient faire penser à une biloculation ou même à une triloculation gastriques.

Quelles sont les causes qui peuvent provoquer cette dilatation ?

Ce sont toutes celles qui apportent une gêne importante au transit.

Le plus souvent il s'agit de périviscérite (obs. III, IV, V); il peut exister une véritable masse inflammatoire étranglant le jéjunum (obs. V) ou bien simplement des brides inflammatoires et des adhérences épiploïques (obs. III et IV)

Il peut aussi s'agir d'une tumeur, de la propagation d'un néoplasme gastrique englobant l'anse anastomotique (obs. VII).

On peut aussi l'observer dans les cas de suspension défectueuse de l'anse, particulièrement dans les cas d'anse longue où la statique est particulièrement déplorable. M. Fruchaud en rapporte un cas que nous reproduisons plus loin, et l'observation VIII est tout à fait analogue à la sienne : Anse trop longue, troubles du transit à ce niveau.

Une jéjuno-jéjunostomie complémentaire ne suffit

pas alors à assurer une évacuation gastrique satisfaisante.

Dans tous ces cas il s'agit de gêne mécanique soit par obstacle soit par coudure, siégeant en aval de la dilatation.

M. Leveuf (obs. VI) signale une dilatation de l'anse avec épaississement des parois, et cette lésion qui lui paraît ancienne lui semble devoir être attribuée à des troubles circulatoires par torsion du mésentère.

L'explication paraît vraisemblable pour l'épaississement des parois, mais beaucoup plus discutable en ce qui concerne la dilatation de l'anse ; le malade chez lequel cette constatation fut faite, fut en effet opéré pour perforation d'un ulcus jéjunal et il paraît difficile de savoir la part exacte qu'il faut attribuer aux phénomènes paralytiques du grêle toujours importants dans la péritonite.

Peut-il exister de la stase et de la dilatation de l'anse sans qu'il existe d'obstacle sous-jacent ?

Hertz répond par l'affirmative.

D'après cet auteur la cause pourrait être trouvée en amont, l'évacuation très rapide de l'estomac venant distendre le grêle qui se laisserait dilater, et ce fait expliquerait les symptômes accusés par les malades chez lesquels il a constaté une accélération du transit, symptômes surtout caractérisés par du ballonnement post-prandial.

Mathieu et Savignac ont publié une observation que nous reproduisons plus loin (observation I), de dilatation ampillaire de l'anse efférente, ils attri-

buent à un fonctionnement trop actif de la bouche la dilatation constatée.

Il peut paraître vraisemblable que le calibre de l'intestin puisse se laisser un peu distendre par une bouche particulièrement importante.

Cependant il ne nous a jamais été donné dans les gastro-entérostomies à évacuation très rapide (parfois en moins de dix minutes) d'observer la moindre dilatation.

D'autre part M. Caroli qui a observé l'évacuation chez des malades gastrectomisés par M. Bergeret a trouvé un temps ne dépassant pas vingt minutes au maximum, et pourtant chez aucun malade il n'a trouvé la moindre augmentation de volume de l'anse.

Les 18 malades chez lesquels il a trouvé une absence complète de troubles fonctionnels (ni diarrhée, ni ballonnement d'aucune sorte) présentaient bien cependant une bouche incontinente, ce qui est d'ailleurs la règle après gastrectomie.

L'afflux trop rapide de baryte ne provoque donc pas normalement de distention de l'anse. Il faut donc avant d'attribuer à un tel mécanisme tout hypothétique l'aspect constaté éliminer toute possibilité de gêne du transit en aval.

Il nous semble que de ce point de vue l'observation de MM. Mathieu et Savignac ne soit pas particulièrement convaincante.

Il s'agit en effet d'un malade qui a subi trois interventions.

Une première fois jejunostomie pour brûlures œsophago-gastriques par ingestions d'acide sulfurique, puis une deuxième intervention pour libérer des adhérences, et c'est seulement un an après la première intervention que l'on fait une gastro-entérostomie.

Ces conditions semblent éminemment favorables à la constitution d'adhérences de péri-jéjunite qui pourrait fort bien expliquer une gêne du transit.

D'autre part le malade ayant été amélioré par le traitement médical aucune intervention ne fut pratiquée, on ne peut par conséquent que tenir pour très problématique le mécanisme invoqué.

III. **Aspects radiologiques anormaux de l'anse afférente.**

1° L'anse afférente a l'etat normal

Comme nous l'avons déjà dit, dans une gastro-entérostomie fonctionnant rapidement l'anse afférente ne se dessine même pas puisque souvent la région prépylorique se déplisse mal.

Cependant dans bon nombre de cas et sans qu'on puisse parler de troubles du fonctionnement la branche afférente est visible soit que le pylore resté perméable laisse passer un peu de substance opaque, soit qu'un peu de baryte reflue de la bouche.

2° L'anse afférente a l'état pathologique

Comme on peut le constater dans l'observation V l'anse afférente peut participer à la dilatation, quand il existe un obstacle sur la branche afférente. Mais nous voulons particulièrement attirer l'attention sur un trouble du transit à ce niveau, trouble rare puisque nous n'avons pu en trouver de cas signalés dans la littérature et dont nous apportons deux observations qui nous ont été communiquées par M. le Dr Lagarenne. Nous voulons parler du circuit fermé, allant du pylore à la bouche, la baryte rentrant par elle dans l'estomac.

Il s'agit donc d'un véritable circulus viciosus mais inverse du circulus viciosus ordinaire. L'observation IX est tout à fait convaincante à ce sujet, et cette anomalie a même pu être vérifiée par deux médecins qui assistaient à l'examen.

Symptômes.— Si nous analysons les deux observations nous voyons que cliniquement le tableau n'a rien de bien symptomatique.

Comme toujours dans les gastro–entérostomies qui fonctionnent mal, on assiste à une rémission des douleurs ou des troubles fonctionnels aussitôt après l'opération. Puis après un temps variable, les douleurs et les vomissements réapparaissent.

On pense à une complication de la gastro-entérostomie: ulcus peptique, rétrécissement de la bouche et ce n'est que par l'examen rodiologique que le diagnostic de cette anomalie du transit peut être fait.

A quelle cause peut-on l'attribuer ?

Dans l'observation IX, à peu près rien ne passe par la branche efférente. On conçoit qu'en cas de gêne marquée au niveau de cette anse le pylore étant perméable la baryte ne puisse circuler que sur cette voie.

Dans ce cas l'intervention montre une bouche située fortement à gauche et c'est vraisemblablement à cette technique qu'il faut attribuer ce résultat défavorable, H. Hartmann ayant depuis longtemps attiré l'attention sur le mauvais fontionnement ou le non fonctionnement des bouches situées trop à gauche en cas de pylore perméable. L'observation X nous présente le tableau d'un circulus viciosus incomplet, une partie du repas s'engageant dans la branche efférente de la gastro-entérostomie.

L'opération fit trouver une bouche quelque peu sclérosée mais admettant un doigt et une anse afférente partiellement étranglée par des adhérences et par le mésocôlon situé trop bas.

MM. Rouvillois et Lardennois ont d'ailleurs publié des cas de sténose haute par gastro-entérostomie qui reconnaissait la même cause.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mathieu et Savignac,in *Archiv. malad.*, T.D.et nutrition, 1913, p. 550.

D... F.... Par ingestion accidentelle d'acide sulfurique le 17 nov. 1910 rétrécissement cicatriciel ; 1° de l'œsophage surtout marqué dans les premiers jours ; 2° du pylore, intolérance gastrique absolue. Vomissements presque aussitôt l'ingestion de lait. Douleur à la pression sur toute l'étendue de l'estomac avec maximum au creux épigastrique. Clapotage. Etat général grave.

Le 8 décembre 1910. — Jéjunostomie par M. G. Labey. Prend 2 litres de lait par la sonde. Des vomissements persistent jusqu'à la fin de janvier. Il s'installe une diarrhée persistante de 5 à 6 selles par jour. Grand amaigrissement, urines rares, soif très vive. Il survient de la bronchite avec fièvre. Le malade est dans un état très grave.

On donne de la poudre de viande des œufs sans succès.

Puis on administre de la gastérine par la bouche jégunale, la diarrhée s'améliore aussitôt (3 à 4 selles) puis elle disparaît. Le malade progressivement va de mieux en mieux.

27 septembre 1911. — Laparatomie exploratrice. Libéra-

tion d'adhérences seulement, on croit le pylore perméable ; mais rien ne passe on doit remettre la sonde.

Octobre 1911 gastro entérostomie. Au bout de 4 jours on enlève la soude jéjunale.

Le malade a de la diarrhée pendant quelques jours puis tout rentre dans l'ordre sans qu'on donne de gastérine ..

Le malade engraisse. Les selles sont moulées.

Régime de lait, purées viande blanche et poisson.

Le malade fait une bronchite grave avec fièvre élevée 40 expectoration sanglante.

Se remet et se soigne chez lui, n'est qu'au lait et à la tisane.

Quand on a voulu reprendre l'alimentation des douleurs sont apparues dans la région gastrique et ombilicale.

Cette douleur est sourde, c'est plutôt une sensation de gonflement, l'impression que la digestion est longue et difficile avec un besoin de se débarrasser.

Ces troubles surviennent aussitôt après les repas. En même temps il existe une diarrhée assez importante.

Deux à trois selles tous les jours en purée.

On administre alors à nouveau de la gastérine.

Aussitôt grande amélioration. Les douleurs diminuent progressivement. La diarrhée cesse complètement et fait même place à un certain degré de constipation Rengraissement notable.

10 juillet 1912. — Le malade se plaint d'avoir peu d'appétit.

A cause de cela et à cause des douleurs il a réduit son alimentation. Il aurait maigri notablement.

Il se plaint d'être pris 20 minutes après le repas, d'une douleur ou plutôt d'une sensation de poids dans la région

sus-ombilicale d'autant plus violente que le repas a été plus abondant. Après le petit déjeuner c'est une simple gêne située alors plus bas dans l'abdomen. Cette sensation dure deux à trois heures. Le décubitus horizontal la fait disparaître. Quelquefois elle s'accompagne d'un léger état nauséeux avec regurgitation d'aliments. Pas de vomissements.

Radioscopie 250 cmc. de lait de bismuth. Dès que le bismuth arrive dans l'estomac il passe très rapidement dans le grêle par fractions successives. En une dizaine de minutes l'estomac est en grande partie vidé.

Au-dessous de la bouche le grêle se dilate en une sorte d'ampoule qui se sépare nettement de l'estomac dans les mouvements du ventre creux.

A la palpation point douloureux très net au pylore.

C'est là d'ailleurs que le malade souffre.

La bouche et la dilatation ampullaire ne sont pas douloureux. Une demi heure après la prise du bismuth il ne reste plus dans l'estomac qu'une quantité inférieure de bismuth. La petite ampoule est vidée. Tout le bismuth est dans le grêle.

18 juillet 1912. — Examen radioscopique. Aussitôt après l'ingestion du bismuth l'intestin grêle se remplit et en quelques minutes l'estomac est vidé.

On fait prendre une cuillerée à soupe de gastérine et un nouveau lait de bismuth.

L'estomac se remplit et durant l'examen ne se vide pas dans l'estomac ou à peine.

Quinze minutes après à un nouvel examen l'estomac ne s'est vidé qu'en partie.

Il reste une notable quantité de bismuth dans l'estomac.

La gastérine retarde donc d'une façon très nette l'évacuation.

18 septembre 1912. — Après un séjour à la campagne a gagné 2 kgr.

En somme il va bien sauf qu'il éprouve une sensation de gêne, de pesanteur dans la région ombilicale après les repas abondants ou absorbés rapidement. Cette sensation est très minime ou nulle avec un petit repas et n'existe jamais dans le décubitus horizontal.

Traitement : régime d'exclusion. 4 petits repas par jour. Bien mâcher. Gastérine.

OBSERVATION II

(H. Fruchaud, rapport de Roux-Berger).

Troubles douloureux consécutifs à la dilatation de l'anse jéjunale après G.-E. (Soc. Chir. Paris, 1926, Déc. 1926)

Mlle L., 40 ans. Etat névropathique accentué. Souffre de l'estomac depuis sa jeunesse. Douleurs après les repas, vomissements ; a été opérée en 1913 à deux reprises par le professeur Monprofit pour ulcère du duodénum. La première opération a consisté semble-t-il dans une gastro-entérostomie.

Quelques semaines après cette intervention, les douleurs et les vomissements apparaissent de nouveau ; une deuxième opération est pratiquée, exclusion du pylore probablement.

La malade continue à souffrir pendant quelques années ;

puis les douleurs et les vomissements disparaissent peu à peu.

A l'âge de 39 ans, en 1924, la malade présente de nouveaux troubles : douleurs après les repas suivis de vomissements biliaires, rarement alimentaires.

Pour moins souffrir la malade restreint progressivement son alimentation et arrive à un état de cachexie très accusé, aucun traitement médical ne peut l'améliorer.

L'examen radiologique montre une bouche de gastro-entérostomie qui fonctionne convenablement; l'évacuation d'abord rapide se ralentit ensuite ; tout passe par l'anastomose. Au bout de 2 heures l'estomac est vide. La palpation de la bouche provoque une douleur nette.

Le radiologue note un autre point douloureux, siégeant à la hauteur d'une tache opaque, qui persiste deux heures après l'ingestion de baryte et qu'il localise au niveau de l'angle duodéno-jéjunal.

D'après les constatations opératoires, cette tache douloureuse devait à notre avis siéger sur l'anse jéjunale dilatée.

Nous intervenons avec le diagnostic d'ulcère peptique situé au niveau de l'anastamose.

La région pylorique et l'origine du duodénum sont attachés au bord antérieur du foie par une nappe d'adhérences extrêmement serrées qui sont respectés.

Aucun ulcère n'est découvert ni dans la région pylorique, ni sur la petite courbure, ni au niveau de la gastro-entérostomie.

Mais cette anastomose attire l'attention sur la gastro-entérostomie transmésocolique postérieure, située nettement à gauche sur le corps même de l'estomac, un peu au-dessus de

la grande courbure ; gastro-entérostomie à anse longue avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire entre l'anse afférente et l'anse efférente. Cette jéjuno-jéjunostomie est située sur l'anse afférente, à 2 cm. au plus en aval de l'angle duodéno-jéjunal et à 5 cm. environ en amont de la gastro-entérostomie.

Tout le jéjunum situé entre l'estomac et la jéjuno-jénunostomie est extrêmement dilaté. Il forme une poche à parois très minces du volume d'une grosse orange.

Les temps opératoires sont les suivants :

Décollement côlo-épiploïque.

La G.-E. est décollée du mésocôlon transverse.

Suppression de la G.-E. par séparation au bistouri de l'estomac et de l'intestin.

Fermeture immédiate de la brèche gastrique. Section de l'intestin immédiatement au-dessus de la jéjuno-jéjunostomie.

Section et hémostase du méso de l'anse grêle dilatée qui est totalement réséquée.

Fermeture du grêle au niveau des tranches de section de l'ancienne anse afférente et de l'ancienne anse efférente ; c'est par conséquent maintenant l'ancienne jéjunostomie qui assure la continuité du grêle.

On pratique une nouvelle G.-E. à anse courte.

Cette bouche est placée sur l'intestin grêle immédiatement en aval de la jéjuno-jéjunostomie et de la suture qui oblitère l'ancienne anse efférente.

Si l'on tient compte de ce fait que la jéjuno-jéjunostomie était déjà tout près de l'angle duodéno-jéjunal, que les plans de suture nécessaires pour fermer l'intestin ont mordu sur le

tissu intestinal qui restait et froncé l'intestin, on voit qu'il n'y avait pas la place de faire la nouvelle bouche en amont de la jéjuno-jéjunostomie et effectivement cette G.E. était à anse aussi courte que nous le faisons d'habitude (juste assez pour sortir l'intestin du ventre, et faire des sutures hors de l'abdomen)

Sur l'estomac, cette bouche est placée sur la face postérieure de la région prépylorique, où il y a une place très suffisante fortement à droite de l'ancienne bouche ; c'est selon notre habitude une bouche oblique de la petite courbure vers la grande de la gauche vers la droite.

Les suites opératoires furent très simples, l'amélioration immédiate considérable ; la malade put s'alimenter. Pendant les 2 mois suivants il y a eu après les repas quelques crises douloureuses avec vomissements tantôt alimentaires tantôt bilieux, puis ces troubles disparurent.

Actuellement, un an après l'opération, il n'y a plus ni crises douloureuses, ni vomissements ; l'alimentation est facile ; la malade doit simplement faire des repas fréquents, mais peu abondants pour éviter une sensation de plénitude gastrique ; l'état général est excellent.

La radio montre un estomac petit, de forme verticale ; l'évacuation est très rapide ; tout le liquide opaque passe par la gastro-entérostomie et tombe immédiatement dans l'intestin. L'examen du segment intestinal enlevé ne permit de découvrir ni ulcération, ni induration. Le mésentère était normal sans ganglions.

Revenue sur elle-même cette anse avait un aspect banal, sa lumière était un peu plus grande que normalement.

Roux Berger conclut en attribuant la dilatation de l'anse à la suspension défectueuse de l'anse.

OBSERVATION III

Gaudier (de Lille). *Volumineuse dilatation de la branche efférente de l'anse grêle longtemps après un G.-E. et consécutive à des adhérences.* (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1928, t. LIV, p.308.)

Mme X., actuellement âgée de 35 ans, a été opérée en 1921 en pleine péritonite consécutive à la perforation du péritoine libre, d'un ulcère de la grande courbure parapylorique.

En raison de l'état précaire du sujet on se contenta de réséquer l'ulcère, de suturer, d'enfouir et d'appliquer un Mickulicz.

Contre toute attente la malade guérit après maints épisodes et resta en bonne santé jusqu'en 1923, époque à laquelle elle vient nous retrouver pour des troubles digestifs caractérisés par des vomissements trois heures après les repas sans qu'il y ait eu jamais de sang ni dans les selles ni dans les matières rendues.

L'examen radioscopique montra un estomac petit, un pylore fonctionnant mal, certainement atrésié.

Réintervention très difficile en raison des adhérences nombreuses et solides tant épiploïques que pariétales et intestinales ; anses grêles et gros intestin formant un gâteau au devant de l'estomac et plus particulièrement du pylore.

Gastro-entérostomie d'une exécution très pénible.

Elle sort guérie et nous n'en avons plus de nouvelles

qu'en janvier 1928, époque où elle vient consulter pour des troubles digestifs qui ont débuté il y a 6 mois à peu près et qui vont en progressant.

En voici le schéma : après le repas pris avec plaisir car elle a faim, le ventre se ballonne dans la partie sus-*ombilicale* surtout et quatre heures après apparaissent des vomissements qui la soulagent, composés d'aliments en grande partie digérés ; le ballonnement diminue ; actuellement ces vomissements sont réguliers sauf pour les liquides qui passent en partie.

Cette malade a maigri beaucoup, elle n'a plus que la peau et les os, mais n'est pas cachectique, l'œil est bon.

A la palpation sur toute la hauteur de la cicatrice opératoire on sent un plastron d'adhérences inflammatoires anciennes ; le ventre n'est pas sensible, rien du côté des organes génitaux. La malade est très constipée, et cette constipation va en augmentant malgré les lavages d'intestin qui ramènent peu de choses et les laxatifs qui sont mal supportés et occasionnent des coliques.

Au moment où elle entre à l'hôpital elle ne se nourrit plus que de liquide, lait sucré, bouillon.

Après un repas baryté on constate un petit estomac, et au-dessous accolée une poche volumineuse double de l'estomac, donnant l'aspect d'un estomac biloculaire ; rien dans le grêle ni dans le gros intestin que quelques minces taches ; il paraît y avoir une amorce pylorique et duodénale, située entre les 2 poches.

Deux heures après la poche supérieure est presque vide (quelques taches) et la poche inférieure a augmenté de

volume ; un vomissement à la 3e heure vide les 2 poches, l'intestinale incomplètement.

Devant cette constatation et nous reportant au protocole des 2 précédentes interventions nous pensons qu'il s'agit de troubles consécutifs aux adhérences que nous avons constatées à la seconde opération et nous réintervenons le 17 janvier.

Toujours les mêmes difficultés pour se retrouver au milieu de ces adhérences épaisses de ce grand épiploon qui masque tout ; en y allant prudemment nous arrivons à voir : l'estomac petit, et au-dessous l'anse grêle efférente de l'anastomose, dilatée du volume des 2 poings et qu'on prendrait pour l'estomac au premier abord ; l'anse afférente est mince, atrophiée, en canon de fusil sur la paroi de la branche dilatée, maintenue par des adhérences molles qui n'empêchent pas la vidange des liquides biliaires et pancréatiques ; la poche dilatée est à sa partie inférieure étranglée dans un gateau cicatriciel qui sténose la lumière du grêle et a permis la dilatation de l'anse sus-jacente : ces cicatrices correspondent à la place de l'ancien Mickulicz à peu près.

L'anastomose fonctionnant bien et devant l'inutilité d'une dissection de la cicatrice sténosant l'intestin, ayant trouvé une anse grêle le plus haut possible, la plus proche de la sténose, on pratique à la partie inférieure de la poche dilatée une entéro-anastomose rendue délicate par l'extrême minceur et la fragilité de la paroi de la poche, qui contenait encore de la baryte ; une sonde molle passait de la poche à l'anse grêle au-dessous de la sténose sans trop de frottement ; donc l'occlusion n'était pas complète, mais une dérivation

large valait mieux que toute tentative de reconstitution de l'anse après une dissection des cicatrices.

L'examen du reste de l'intestin ne montre pas de brides pouvant faire craindre pour l'avenir.

Les suites furent des plus simples, vomissements le premier jour, depuis alimentation progressivement normale, plus de vomissements, plus de ballonnement. La malade quitte l'hôpital au 15e jour.

L'auteur fait observer que le cas est rare, par la dilatation considérable et définitive de l'anse et que d'autre part la relation est évidente avec la péritonite survenue après la perforation de l'ulcère, ainsi qu'avec le Mickulicz, toutes ces causes ayant favorisé l'apparition des adhérences.

OBSERVATION IV

(Service du Dr Ledoux-Labard.)

Sténose jéjunale haute après G. E. (Clinique chirurgicale de la Salpêtrière) *in* Thèse Joubert, 1928.

M. L..., 63 ans, souffre depuis très longtemps de troubles gastro-intestinaux. Depuis l'âge de 9 ans jusqu'aux environs de sa 20e année il a présenté des crises espacées de vomissements survenant habituellement 3 à 4 heures après les repas, chaque crise dure une trentaine de jours environ.

Depuis l'âge de 33 ans il fait chroniquement de la dyspepsie et est obligé de suivre un régime alimentaire des plus rigoureux. Le moindre écart de régime provoque des vomissements d'eau mousseuse, acide avec crampes douloureuses cédant au bismuth et au kaolin.

Un amaigrissement, lent mais continu, des fonctions digestives défectueuses avec retentissement sur l'état général engagent le malade à consulter le Dr Durand à la Pitié en novembre 1927.

Mis en observation jusqu'au 6 février, il est passé à cette date dans le service du Professeur Gosset pour y subir une intervention.

Premier protocole radiologique (Dr Garcia Calderon), 10 février 1928. — Estomac : image de sténose pylorique avec grosse dilatation gastrique. On note dans la région prépylorique une image en trois couches due a l'existence d'une grosse bulle d'air retenue à ce niveau, et qui surmonte les niveaux du liquide clair et de la gélobarine.

Aucune évacuation n'apparaît au cours de l'examen malgré l'existence du péristaltisme très intense par moments.

Très grosse aérocolie.

A noter que le liquide opaque ingéré au moment de l'examen radiographique 6 jours avant est encore visible dans le côlon et qu'il persiste même dans le bas-fond gastrique une petite quantité de gélobarine.

Une gastro-entérostomie est pratiquée le 16 février par le Dr Thaleimer et le malade est revu le 14 mars 1928. Il ne présente pas de troubles fonctionnels très appréciables et pourtant l'examen radiologique montre qu'une sténose haute du grêle est en train de se constituer.

Deuxième protocole radiologique (Dr Garcia Calderon), 14 mars 1928. — Estomac contenant une quantité importante de liquide à jeun : Le liquide opaque s'accumule dans le bas-fond qui est dilaté, médian, en cuvette. Une partie

passe par l'anse efférente laquelle renferme aussi du liquide clair et dont le calibre est exagéré.

Au bout de quelques minutes le liquide opaque reflue dans l'anse afférente, dilatée et on obtient à ce moment une image très particulière à 4 niveaux liquides. Le péristaltisme de l'intestin est faible, le liquide opaque stagne dans l'anse anastomosée sans parvenir dans le reste du jéjunum.

En résumé il semble exister une sténose du grêle à courte distance de l'anastomose ralentissant ou empêchant même le transit intestinal avec rétrodilatation de l'anse anastomosée. L'estomac reste distendu et le pylore semble imperméable.

En présence de cette constatation radiologique le malade est réopéré le 2 avril.

Dr Thaleimer. On commence par libérer des adhérences coliques, puis les adhérences épiploïques à la paroi. Adhérences entre la vésicule et le pylore sténosé, mais on ne constate plus de tumeur, il s'agit plutôt d'un ulcus rétracté, pas de ganglions.

On se porte à la bouche. Au niveau du mésocôlon processus inflammatoire d'adhérences et de mésentérite. Il existe une dilatation réelle de l'anse afférente et on pratique à la soie une jéjuno-jejunostomie en 2 plans à la soie sans drainage.

Troisième protocole (Dr Garcia Calderon), 14 avril 1928. — L'évacuation semble actuellement se faire d'une façon régulière et l'on ne constate aucune image anormale à signaler dans la région intéressée.

Depuis la seconde intervention la guérison clinique se

maintient, le malade a beaucoup engraissé mais reste très constipé.

Un dernier examen radioscopique a été pratiqué le 15 septembre, l'évacuation gastrique est lente à s'amorcer mais on constate 24 heures après l'absorption de la bouillie opaque que le transit intestinal se fait dans des délais absolument normaux.

OBSERVATION V

Sur un cas de sténose haute de grêle après gastro-entérostomie.

(MM. Ledoux Lebard, Garcia Calderon et Jahiel, Société de Radiologie médicale, fév. 1930).

Le malade âgé de 40 ans fut opéré il y a quelques années pour un ulcère pylorique. Une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique fut pratiquée.

Après quelques mois de guérison apparente réapparition des douleurs.

Ce sont des douleurs post-prandiales à siège sous-ombilical qui surviennent 3 ou 4 heures après les repas.

D'abord peu intenses, ces troubles s'accentuent progressivement, les douleurs deviennent extrêmement violentes, « à se ployer en deux » dit le malade, crises effroyables que rien ne calme sauf les vomissements qui deviennent de plus en plus fréquents et abondants ayant le caractère des vomissements de stase.

Fait à noter : aucun signe d'intoxication grave qui puisse correspondre à une sténose haut placée du grêle. Ce qui domine dans le tableau clinique c'est l'intensité des phéno-

mènes douloureux post-praudiaux. Le malade n'ose plus s'alimenter tant la douleur est violente. Il maigrit et son état général péréclite.

Examen radiologique de l'estomac. — Le malade est examiné huit heures après la dernière prise d'aliments. L'estomac renferme une grande quantité de liquide clair. La chambre à air est peu volumineuse.

Les premières gorgées de gélobarine ingérées tombent en flocons à travers la couche de liquide résiduel et s'étalent dans le bas fond gastrique en dessinant l'image typique en « fond de cuvette » des sténoses pyloriques. A sa partie moyenne la grande courbure présente une légère encoche due à l'anastomose.

Presque aussitôt après la fin de la réplétion gastrique, commence assez lentement par petites quantitées l'évacuation par l'orifice de la gastro entérostomie.

Le liquide au lieu de parcourir les anses jéjunales s'accumule au-dessous et à gauche de l'estomac, formant là comme la réplique en plus petit de l'ombre gastrigue avec son bas fond arrondi et un niveau à peu près horizontal.

Cette nouvelle image qui est celle de l'anse efférente dilatée et remplie de liquide clair et de gélobarine se modifie sous l'action d'une contraction intestinale.

La tache diminue de largeur prend une forme presque circulaire et une partie du liquide opaque est brusquement refoulée vers l'angle de Treitz qu'elle franchit pour tomber à droite de la colonne vertébrale dans l'anse duodénale elle-même dilatée.

A ce moment l'image radioscopique est identique à celle que montre le cliché nº 1.

Au-dessous du bas fond dilaté de l'estomac, on voit deux larges taches semi-lunaires ; en bas et à droite l'anse duodénale, en bas et à gauche l'anse jégunale.

Leur contour inférieur est lisse, régulier sans les dentelures habituelles des valvules conniventes. On dirait qu'il y a dans l'abdomen trois bas-fond gastriques remplis de liquide opaque et surmontés tous en trois de lipuide clair ; une image gazeuse derrière l'estomac paraît répondre à l'angle de Treitz.

Mais bientôt par le jeu alterne de l'antipéristaltisme jégunal et du péristaltisme duodénal, une certaine quantité de liquide opaque sous la forme d'une tache arrondie va et vient d'une anse à l'autre, comme la balle que l'on se renvoie d'une main à l'autre, s'élevant au milieu de sa course pour franchir derrière l'image gastrique l'angle duodéno-jégunal.

Il montre l'aspect des 2 anses qui prennent au moment de leur contraction une forme à peu près ovalaire, en même temps que disparaît le niveau horizontal. Sur ce cliché une petite quantité de gélobarine semble avoir traversé la sténose jégunale.

Aucun passage pylorique n'est perceptible, malgré une attente assez prolongée, d'ailleurs le péristaltisme gastrique paraît très affaibli. En somme l'examen radiologique nous révèle l'existence d'une sténose haute du jéjunum, avec distension de l'anse efférente, de l'estomac et du duodénum.

Les caractères de la douleur, la prés nce d'une tumeur palpable et très sensible à la pression pouvaient faire prévoir que la cause de la sténose était une périduodénite consécutive probablement à un ulcère peptique assez éloigné de l'anastomose.

L'intervention montra, en effet, une tumeur grosse comme deux poings, profonde, fixée à la paroi postérieure au-dessous et en arrière du côlon transverse englobant le jéjunum à quelque distance de la bouche et donnant par sa dureté l'impression d'un cancer.

Au-dessus l'estomac est dilaté, mais la bouche de gastro-entérostomie est souple sans trace d'ulcus peptique. L'anse jéjunale efférente est très distendue.

Dans l'impossibilité de dilacérer la masse inflammatoire pour explorer le jéjunum et lever l'obstacle, on se contente de faire une dérivation par jéjuno-jéjunostomie en abouchant une anse jéjunale saine à la branche efférente de la gastro-entérostomie.

Les suites opératoires immédiates et éloignées ont été excellentes. Le malade ne vomit plus, ne souffre plus et engraisse.

Un an après l'opération l'état de santé est parfait.

Mais le malade ayant quitté la France nous n'avons pu faire un nouvel examen radiologique.

Voici donc un malade, concluent les auteurs, chez lequel, au premier abord, l'image radiologique rappelait, pour un observateur non prévenu, celle d'une biloculation gastrique puis celle d'une triloculation.

Les deux cuvettes inférieures donnent un aspect très différent de celui qui est le plus habituellement observé dans les sténoses du grêle et que nous pouvons considérer comme caractérisant sur ce segment digestif les sténoses à anse courte.

OBSERVATION VI

Perforation en péritoine libre d'un ulcère jéjunal consécutif à une G.-E.

(Jacques Leveuf. — Soc. Nationale Chirurgie, 14 avril 1926).

Fait particulier, l'anse jéjunale sur laquelle siège la perforation est considérablement dilatée, donnant l'impression d'un boudin de 4 à 5 cm. de large et cette dilatation de l'anse s'étend très bas, à 40 cm. environ en aval de la perforation; sur ce segment la paroi intestinale était épaissie mais la-muqueuse paraissait normale.

Pour l'auteur la lésion était manifestement ancienne alors que l'ulcus était de production récente comme l'histoire clinique et ses aspects portaient à le croire. Les statistiques semblent bien prouver que les ulcères peptiques surviennent surtout sur des anses grêles dont la statique a été particulièrement modifiée par l'opération ; cas de certaines gastro-entérostomies en Y et surtout des gastro-entérostomies avec entéro anastomose complémentaire ; cette entéro-anastomose étant faite parce qu'à la fin de l'opération la statique de l'anse anastomosée paraît particulièrement déplorable,que sur cette anse disloquée il existe des troubles d'évacuation, voire même des troubles circulatoires par torsion du mésentère, cela paraît infiniment probable.

De là vient la dilatation de l'anse avec épaississement de ses parois.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Laboratoire de radiologie du Centre anticancéreux de Lariboisière. Dr E. Piot)

Le malade vient consulter en 1925 pour crises douloureuses, avec hématémèse et melæna.

Opéré le 24 nov. 1925 par le Dr G. Labey.

Le pylore présente à sa partie inférieure une petite tache correspondant à un épaississement en cupule ; pas d'adhérences. Pylorectomie, sphinctérectomie, fermeture du duodénum avec plastie épiploïque.

Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique au niveau de la grande courbure.

Fixation de l'estomac à la bouche mésocolique.

Pièce. — A la section du pylore on ne trouve pas d'ulcère mais il existe un petit épaississement à sa partie inférieure.

Le malade entre à l'hôpital en décembre 1928 pour un syndrome anémie pernicieuse et pour troubles gastriques accusés, douleurs post-prandiales, vomissements répétés.

Examen radioscopique. — Estomac piriforme dont la partie inférieure correspond à la bouche anastomotique.

Celle-ci fonctionne au bout de quelques minutes et apparaît continente, l'anse anastomosée apparaît *dilatée et reste remplie.*

L'évacuation se produit cependant au bout de 7 à 8 minutes et la baryte progresse dans le reste du grêle. Aucune autre évacuation n'est aperçue quelle que soit la position du malade.

Une radiographie est pratiquée.

Elle vient confirmer ce qui a été vu à l'écran, montrant une anse efférente nettement augmentée de volume après une portion rétrécie. La région de l'anastomose présente un aspect irrégulier.

2e intervention le 26 fév. 1929.

Il existe dans toute la région gastrique un plastron qui avait été perçu cliniquement. On tombe sur une zone d'adhérences médianes qu'on circonscrit. Volumineuse néoplasie de la face postérieure de l'estomac ayant envahi la bouche anastomotique. Gastro-entérostomie antérieure précolique.

Le malade succombe le lendemain.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Communiquée par M. le Docteur Lagarenne et M. le Dr Bergeret).

Sténose du jéjunum après gastro-entérostomie

Mlle B..., opérée antérieurement (gastro-entérostomie par le Dr Dartigues) recommence à souffrir après une période où elle est complètement soulagée, recommence à vomir.

En 1926, on réintervient (Dr Bergeret).

On trouve une gastro-entérostomie à anse longue; on pratique une anastomose entre le point déclive de cette anse trop longue et l'anse efférente. A la suite de l'opération amélioration.

En 1928, la malade souffrant de nouveau on pratique un examen radioscopique.

1er déc. 1928. — Examen radioscopique Dr Lagarenne.

Examen direct de l'abdomen. — Poche à air augmentée de volume. Aérocolie légère.

Pas de liquide de stase dans l'estomac.

Foie de volume normal mais basculé en station debout.

Rein droit ptosé. Rate de volume normal.

Examen par ingestion du repas baryté sous les rayons.

Remplissage hypotonique.

Forme en J majuscule, trop allongé verticalement, descendant à trois travers de doigt au-dessous du niveau des crêtes iliaques.

Bas-fond gastrique un peu dilaté atoniquement.

Portion verticale étirée sous le poids de la baryte qui distend le bas fond.Elle se remplit bien quand on y fait refluer la baryte par la pression manuelle.

Ses parois sont régulières. Nous ne voyons rien de suspect au niveau de la partie moyenne de la petite courbure.

Au cours même de l'ingestion, on voit la baryte s'écouler dans une anse grêle anastomosée à gauche sur la portion verticale de la grande courbure, à l'union de son tiers moyen et du tiers inférieur, à 4 travers de doigt au-dessous du point le plus déclive du bas fond gastrique. Le passage s'y fait aisément par décharges intermittentes, abondantes. Légère douleur à la pression au niveau de la région de la bouche.

L'autre pylorique est coudé, étiré vers la droite, tubulée.

Bulbe duodénal dirigé horizontalement à droite.

La deuxième portion duodénale est coudée à droite contre le foie ; ses parois sont irrégulières se dilatant très mal. Un peu de baryte fuse dans le duodénum.

L'évacuation gastrique se fait uniquement par la bouche de gastro-entérostomie.

Pas de reflux de baryte de la bouche de gastro-entérostomie dans le duodénum.

Mais au bout de dix à douze minutes on remarque que la branche jéjunale anastomotique après être descendue dans la fosse iliaque gauche, revient sous le bas fond gastrique, se renfle et forme une poche à niveau horizontal fluctuant surmontée d'un peu de gaz. Cette portion dilatée présente des ondes péristaltiques et antipéristaltiques ; la baryte avance vers la droite puis rencontrant certainement un obstacle reflue dans la poche.

Ces mouvements de va et vient se renouvellent pendant toute l'heure d'examen, en décubitus comme en station debout.

A la palpation sous les rayons on note une douleur très vive au niveau de cette poche.

Pendant une demi-heure la baryte ne l'a pas franchie.

Les anses suivantes s'injectent lentement. Le passage par la bouche anastomatique se ralentit. L'anse jéjunale anastomatique apparaît par moments sur toute sa longueur, depuis la bouche jusqu'à la portion dilatée. Les ondes antipéristaltiques font refluer la baryte.

1 heure après l'ingestion plus d'un tiers de la baryte est évacué.

5 heures après l'ingestion un quart de la baryte stagne dans le bas-fond gastrique au-dessous du niveau de la bouche de gastro-entérostomie. Il ne reste plus de baryte dans l'anse grêle dilatée. Si on relève le bas-fond gastrique par la pression manuelle, le niveau de la baryte monte dans la

portion verticale et la bouche recommence à fonctionner.

La baryte évacuée remplit déjà le cæco-côlon et l'angle colique droit. Il y en a un peu dans les dernières anses iléales. Il n'y a donc pas d'obstacle du niveau de l'iléon et du carrefour iléo-cæcal.

10 heures après l'ingestion. L'estomac et le grêle sont vides. La moitié de la baryte remplit le cæco-côlon et l'angle colique droit. L'autre moitié se trouve dans le descendant.

Le tranverse est vide. L'aspect des portions remplies est anormal, les parois coliques sont irrégulières. A la palpation le côlon est sensible, sa mobilité nous semble un peu diminuée.

24 heures après l'ingestion. Pas de selles. La baryte remplit en mince ruban tout le côlon. Sa mobilité est meilleure à la palpation, à cet examen, mais il est toujours très sensible. Le cæcum n'est pas spécialement douloureux.

48 heures après l'ingestion. Selle blanche abondante. Il ne reste plus de baryte dans le côlon. Grosse poche à air gastrique. Aérocolie marquée.

Examen du gros intestin par lavement baryté.

Aérocolie, gaz également dans le grêle.

Le lavement baryté remplit tout le côlon qui est très hypertonique. Il présente de vives contractions. Pas de rétrécissement. Pas de reflux de baryte dans l'iléon.

A la palpation sous les rayons, tout le côlon est douloureux, ainsi d'ailleurs que l'intérieur du cadre colique correspondant à la masse du grêle. La mobilité colique est à peine diminuée.

Conclusions. — Bouche de gastro-entérostomie fonction-

nant bien, mais située trop haut et ne drainant pas le bas-fond gastrique.

Périduodénite très marquée surtout au niveau de la deuxième portion du duodénum.

Anse jéjunale, dilatée en poche hydro-gazeuse, située sous le bas-fond gastrique, à environ 20 à 25 centimètres en dessous du point où le jéjunum est abouché à l'estomac.

Douleurs maximum au niveau de cette poche.

Mouvements péristaltiques et antipéristaltiques continuel de la baryte dans cette anse dilatée indiquant un obstacle sérieux, brides d'adhérences problablement.

Retard d'évacuation gastrique dû, non à cet obstacle sur le grêle, mais à la situation trop haute de la bouche de gastro-entérostomie.

Soupçon de péricolite.

Aérocolie, aérogastrie.

7 décembre 1928.— Intervention : Dr Bergeret. Résection emportant la portion horizontale de l'estomac jusqu'à la première portion du duodénum que l'on ferme, emportant également l'anse anastomosée au vestibule pylorique que l'on résèque jsuqu'au-delà de l'entéro- anastomose.

On reconstitue en faisant une anastomose termino-latérale gastro-jéjunale unissant l'estomac à l'anse jéjunale sous jacente à l'ancienne anastomose, et une jéjuno-jéjunostomie termino latérale unissant l'anse courte qui descend de l'angle duodéno-jéjunal qu'on implante dans l'anse anastomosée à l'estomac immédiatement au-dessous de la bouche de gastro.

Guérison clinique.

OBSERVATION IX (Inédite)

Circulus nervosus inverse.

(Communiquée par M. le Dr Lagarenne).

Il y a 2 ans M. G... a présenté des crises douloureuses, de l'amaigrissement, des vomissements non améliorés par le traitement médical.

Un examen radiologique pratiqué par le Dr Maingot fait conclure à une périduodénite avec ulcus probable du duodénum.

Le malade est opéré par le Dr Rieffel qui fait une G. E.

Après la sortie de la clinique les vomissements recommencent d'une façon périodique et espacée pendant un an.

Après traitement médical et repos prolongé le malade a une période de soulagement et reprend du poids.

Deux ans après le malade recommence à souffrir et à vomir, les crises vont en se rapprochant.

Un nouvel examen radiologique est pratiqué par le Dr Lagarenne.

Un peu de liquide de stase dans l'estomac à jeun.

Remplissage hypotonique, le bas-fond se laisse un peu trop dilater au début, descendant trois travers de doigt au dessous du niveau des crêtes iliaques.

On ne voit s'amorcer aucun passage par une bouche de gastro-entérostomie.

Au bout de 5 minutes les contractions commencent, rien ne passe ni par le pylore ni par la bouche de gastro-entérostomie.

Les contractions deviennent de plus en plus violentes, de plus en plus nombreuses, naissant très haut sur la portion verticale.

Au bout de dix minutes on voit passer la baryte à travers le pylore dilaté, puis à travers le bulbe duodénal dont les parois sont irrégulièrement dentelées. La baryte franchit facilement les autres portions duodénales ainsi que l'angle duodéno jéjunal.

La branche jéjunale de l'angle duodéno-jéjunal décrit une boucle et vient contre la paroi postérieure du bas fond gastrique, à partir de ce niveau la baryte au lieu de se répandre dans les anses jéjunales rentre dans l'estomac par la bouche de gastro-entérostomie. Plus la baryte rentre dans l'estomac plus les contractions deviennent violentes. Il se constitue un véritable circuit fermé, pendant 3/4 d'heure pas une trace de baryte n'est passée dans les anses jéjunales.

En position couchée le circuit anormal persiste.

Une heure et demie après l'ingestion on note des traces de baryte dans le jéjunum, une partie de la baryte passe dans le duodénum, rentre dans l'estomac par l'anastomose et l'autre passe dans le jéjunum.

Le rythme des contractions devient irrégulier ; on note des phases d'hyperkinésie alternant avec des phases de fatigue et de dilatations gastriques.

Quatre heures après l'ingestion il reste encore la moitié de la baryte dans l'estomac.

Cet examen est recommencé trois fois à plusieurs jours d'intervalle devant le Dr Baron parent du malade et le Dr Bergeret, les constatations sont chaque fois les mêmes.

Intervention le 10 février 1927. Dr Bergeret.

Gastrectomie emportant la partie mobile du duodénum le pylore sur la face antérieure duquel se trouve la cicatrice de l'ulcus et une partie du corps de l'estomac.

Suture endo-gastrique de la bouche de gastro entérostomie qui était très à gauche.

Gastro-jéjunostomie termino-latérale précolique avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire (Balfour).

Le malade sort guéri, ne souffrant plus, un nouvel examen radiologique ne peut être fait le malade ayant quitté Paris.

OBSERVATION X (Inédite)

Communiqué par M. le Dr Lagarenne.

Dilatation de l'anse afférente
ébauche de circulus viciosus inverse.

M. X..., opéré pour ulcus duodénal hémorragique par le Dr Finney à Baltimore.

Cessation des douleurs et des hémorragies après l'opération. A la suite d'écarts de régime, recommence à souffrir depuis un mois et demi (brûlures, renvois acides, sensation de pesanteur douloureuse au creux épigastrique).

Examen radioscopique, octobre 1928. — Estomac en cornemuse à direction très oblique presque transversale, haut situé, à trois travers de doigt au-dessus des crêtes iliaques.

Dès le début de l'ingestion de grosses bouchées de baryte passent à travers le pylore et le duodénum ; rien ne passe par la bouche de G.-E.

Pylore régulier ; bulbe duodénal encoché, à parois irrégulières (siège de l'ancien ulcus) mais pas de douleur à la pression à ce niveau.

Les deuxième, troisième et quatrième portion du duodénum sont très dilatées, du calibre du gros intestin.

On note du liquide résiduel dans le duodénum ; la baryte stagne dans les 2e, 3e et 4e portions du duodénum, qui présentent des ondes de contraction péristaltiques et antypéristaltiques très violentes, comme le montre la radiographie.

On note des mouvements de flux et de reflux de la baryte dans ces 3 portions duodénales.

La baryte franchit l'angle duodéno-jéjunal. La partie initiale du jéjunum décrit une boucle ouverte en dedans, boucle qui se dilate en boule et où la baryte stagne. Après cette boucle le jéjunum remonte en dedans et à 5 ou 6 cm. de l'angle duodéno-jéjunal est anastomosé à la face postérieure du bas-fond gastrique. Un peu de baryte rentre dans l'estomac, une partie passe dans les anses jéjunales efférentes, en faible quantité au début, abondamment ensuite.

Légère douleur à la palpation au niveau de la bouche et de l'anse anastomotique et surtout au niveau de la bouche dilatée située entre l'angle duodéno-jéjunal et la bouche de gastro-entérostomie.

La mobilité de ces portions est diminuée, la mobilisation se faisant en bloc, il semble y avoir de nombreuses adhérences à ce niveau. Pendant la première demi-heure la dilatation et la stagnation de baryte dans les deuxième, troisième et quatrième portions duodénales est très marquée.

1 heure après. — Le passage duodéno-jéjunal se fait bien mais rien ne passe par la bouche, les 3/4 de la baryte sont dans le grêle au-dessous de la bouche de G. E.

Un peu de baryte stagne encore dans la troisième por-

tion du duodénum et dans la bouche jéjunale afférente à la G. E.

4 heures après. —Estomac et grêle vides.

La baryte remplit le cæco-côlon et le transverse, l'appendice bien injecté est indolore.

Le cæcum est bien mobile à la palpation.

10 heures après l'ingestion. — La baryte se trouve dans le cæco-côlon, tranverse et descendant.

24 heures. — Première selle contenant quelques noyaux blancs la baryte est disséminée dans tout le gros intestin.

36 heures. — Deuxième selle blanche, plus de la moitié de la baryte est évacuée, le reste emplit le transverse et le descendant.

48 et 52 heures après. — Deux selles plus de baryte dans le côlon.

Un deuxième examen à quelques jours montre toujours le passage immédiat à travers le pylore et le duodénum, la même stagnation de baryte et la même dilatation énorme du duodénum pendant la première demi-heure, les mêmes mouvements de va-et-vient au niveau des 2e, 3e et 4e portion du duodénum et la même anse renflée en boule entre l'angle duodéno-jéjunal et la bouche de gastro-entérostomie.

Intervention le 12 janvier 1929, M. le Dr Lardennois.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Adhérences épiploïques à la cicatrice avec rétractions mésocoliques.

L'anse anastomotique est adhérente au mésocôlon et au côlon.

Coudure préanastomotique et série de coudures avec télescopage sur l'anse efférente.

L'orifice anastomotique est étranglé par l'orifice mésocolique auquel il paraît avoir été suturé et qui est rétracté.

Dégagement des adhérences. Libération de l'anastomose gastro-jéjunale de ses contours méso-coliques.

L'estomac est attiré par la brèche aggrandie du mésocôlon.

L'orifice de la gastro-jéjunostomie apparaît induré mais suffisamment large (admettant le doigt).

Suture du cône gastrique au mésocôlon.

Les suites sont parfaites. Le malade sort guéri.

Février 1930. — 2e Examen radioscopique Dr Lafarenne. Même forme d'estomac en corne d'abondance oblique haut situé à 3 travers de doigt au-dessus des crêtes iliaques. Au cours de l'ingestion la baryte passe par décharges dans l'anse grêle anastomosée, la partie déclive médiane du bas-fond gastrique, et se répand dans les anses jéjunales.

Trois à quatre minutes après l'ingestion la baryte passe également par le pylore et le duodénum.

Les deuxième, troisième et quatrième portion du duodénum sont beaucoup moins dilatées.

La baryte y stagne encore mais on ne note plus de mouvements antipéristaltiques.

Le passage de la baryte du duodénum dans le jéjunum se fait beaucoup plus facilement.

On retrouve très diminuée de volume la boucle que forme le jéjunum entre l'angle duodéno-jéjunal et la bouche de G.-E.

Encore un peu de sensibilité au niveau de la bouche et de l'anse anastomotique.

Une demi-heure après l'ingestion les deux tiers de la baryte sont évacués.

Hypersécrétion gastrique environ 30 à 50 cmc. de liquide clair surnageant.

Il reste très peu de baryte dans le duodénum.

2 heures après l'ingestion, il ne reste plus que des traces grisâtres de baryte dans le bas-fond gastrique avec une tache grisâtre au niveau de la bouche décrite.

Cliché nº 1
De face l'anse apparaît dilatée.
Cliché personnel.

Cliché nº 2
Le profil montre qu'il ne s'agit que d'une superposition d'images.
Cliché personnel.

Cliché n° 1

Cliché n° 2

Observation V. – Grosse dilatation de l anse efférente et du duodénum
Aspect à trois niveaux liquides. Sur le cliché n° 2 on voit l'aspect
au moment d'une contraction.

Clichés du Dr Calderon.

Observation VII. – Dilatation de l'anse.
(Néoplasme gastrique étendu au jéjunum).
Cliché personnel.

Observation VIII. — Dilatation ampullaire avec bulle gazeuse, siégeant sur le jéjunum à distance de la bouche.
Cliché du Dr Lagarenne.

Observation X. — Dilatation duodénale, boucle siégeant entre l'angle duodéno-jégunal et la bouche de gastro-entérostomie.

Cliché du Dr Lagarenne.

CONCLUSIONS

1. Dans les divers troubles que nous avons passés en revue, aussi bien dans la dilatation de l'anse efférente que dans le circulus viciosus inverse, les symptômes cliniques ne sont pas caractéristiques et témoignent seulement d'un mauvais fonctionnement de la gastro-entérostomie.

Ils amènent à pratiquer l'examen radiologique que permet seul un diagnostic précis.

2. Dans la gastro-entérostomie, tout comme dans la gastrectomie la bouche elle-même ne nous semble jouer aucun rôle dans l'évacuation gastrique rythmique qui nous paraît réglée par les mouvements intestinaux.

3. Une évacuation même très rapide de l'estomac ne provoque aucun changement du calibre de l'anse.

4. Dans tous les cas déjà publiés et dans ceux que nous rapportons la dilatation importante de l'anse anastomotique est toujours accompagnée de troubles fonctionnels traduisant la gêne du transit

et l'opération a toujours montré un obstacle (adhérences, coudure, tumeur) en aval de la dilatation.

5. Le circulus viciosus inverse est en rapport ave une gêne du transit ou une sténose à la partie initiale de l'anse efférente.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
B. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Alessio. — Sur la maladie de la G.-E. (Gazetta depli Ospidali e delle Cliniche. Milan, an. XLVIII, n° 5, 30 janv. 1927).

Angerer. — Contribution à l'étude histologique des anciennes bouches de G.-E. et de leur voisinage (Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie, Leipsig, t. C C, fasc. 34, mars 1927).

Arisz. — Examen radiologique de l'estomac après résection (Acta radiologica, vol. V, fasc. 2, p. 196 ; in journal radiologie, 1926, p. 376).

Aubourg. — Au sujet des méthodes d'examen et de la stase dans les divers segments du tube digestif (Bull. Soc. Radiol. Med. France, avril 1923). Fonctionnement d'une bouche de G.-E. dix années après l'intervention (Bull. et Mem. Soc. Radiol. Med., 1910, p. 257).

Balfour. — Les séquelles de la G.-E. (The Journ. of the americ. med. Assoc. Chicago, vol. LXXXIII, n°8, août 1924 ; Annals of surgery Philadelphie, Montréal, Londres, juil. 1925).

Béclère (Henri). — Etude radiologique du fonctionnement d'une bouche de G.-E. (Journal de radiologie, 1924, p. 193).

Béclère, Cottenot, Mme Laborde. — Radiologie (in traité de Sergent).

Blamoutier. — Les mouvements antipéristaltiques normaux et pathologiques de l'intestin. Th. Paris, 1924.

Brunn. — L'iléus par invagination après G.-E. (Brunn's Beiträge für Klinischen Chirurgie, t. CXXXII, fasc. I, 1924, p. 103).

Butsch et *Carman*. — The rœntgen Diagnosis of Disease of the alimentary canal. Philadelphie, 1920.

Caillé, Duranc, Marre. — Résultats éloignés du traitement chirurgical de 45 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux (Archives maladies tube digest. et nutrition, t. VI. juillet 1912).

Cannion (*W.-B.*)et *Blake* (*J.-B.*). — Gastro enterostomy Expérimental Study by the means of the Roentgen Rays (Annals of Surgery, 1905).

Case (*J.T.*). — Aspect de l'estomac et du duodénum aux rayons X après opération (Journ. of the Americ. Med. Assoc., 31 oct. 1925).

Christophe. — Résultats éloignés des diverses interventions pour ulcus de la petite courbure (Archives maladies tube digestif et nutrit., juillet 1923, p. 625).

Delbet, Guinard, Hartmann, Legueu, Ricard, Souligoux, Tuffier. — Discussion sur la G.-E. (Soc. Chirurgie, 1907 et 1908).

Delore. — Circulus viciosus (Revue de Chirurgie, 1926, nº 6).

Delore, Creyssel, Rougemont. — Sur deux modes larvés de réaction péritonéale en chirurgie gastrique. Circulus viciosus (Rev. de Chirurgie, 1925, t. XLIV, nº 6).

Dénéchaux. — Les suites médicales éloignées de la G.-E. Th. Paris, 1907.

Derocque. — La physiologie de la gastro-jéjunostomie (Gaz Hôp., 26 sept. et 3 oct. 1925).

Durand (*Gaston*). — La diarrhée, accident consécutif à la G.-E. (Progrès médical, 1912).

Daval (*P.*). — Note sur l'évacuation gastrique après gastro-pylorectomie par le procédé de Péan (Soc. nationale Chirurgie, 20 oct. 1920).

Duval, Roux, Gatellier-Moutier. — Relation entre l'état infectieux des parois gastriques et certains troubles consécutifs à la G.-E. (Soc. Nationale Chir. Paris, 3 mars 1926).

Duval et Roux. — Cause méconnue de tr. fonctionnels après G.-E. la sténose sous-vatérienne préexistante du duodénum (Soc. Nat. Chir., 22 oct. 1924).

Duval, Roux (*J. Ch.*), *Béclère* (*H.*). —Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum (Paris, 1924, Masson et Cie).

Fruchaud et Roux. — Troubles douloureux consécutifs à la dilatation de l'anse jéjunale après gastro-entérostomie (Soc). Nat. Chir. Paris, 1er déc. 1926).

Gaudier. — Volumineuse dilatation de la branche efférente de l'anse grêle longtemps après une gastro-entérostomie et consécutive à des adhérences (Société Nat. Chirurgie. Paris, 22 fév. 1928).

Goubert. — Contribution à l'étude radiologique des sténoses de l'intestin grêle. Th. Paris, 1928.

Gray. — La fonction motrice de l'estomac : *a*) à l'état normal ; *b*) après la G.-E. à l'aide des rayons X (The Lancet, 4 juillet 1908).

Gutierrez. — Le fonctionnement immédiat des bouches de G.-E. avec ou sans exclusion temporaire du pylore dans les ulcères duodunaux et pyloriques (Revista de la Assoc. Medica Argentina (Buenos-Aires, août 1921).

— Circulus viciosus de nature inflammatoire (Journal Chirurgie, 1927, p. 334).

Gutmann. — Les diverses lésions des bouches de G E. (Archiv. Maladies tube digestif et nutrition, 1926, p. 1130).

Guy. — Effets de la G. E. sur la fonction gastrique (The British Journal of Surgery).

Haden et *Orr.* — La cause de certains symptômes aigus consécutifs à la G. E. (Bull. of the John Hopkin's hospital, Baltimore, janv. 1923).

Hartmann (*Henri*). — Les bouches gastro-intestinales dans le cas de pylore perméable (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chirurgie, 23 juin 1914).

— A propos de la G. E. (Soc. Nat. de Chir., 24 mars 1926).

— Chirurgie de l'estomac et du duodéum. Masson et Cie, 1928.

Hartmann et *Metivet.* — Archives Mal. Tube digestif, 1914.

Hartmann. — Annales of Surgery, juin 1924, vol. 59, nº 6, p. 832.

Haas. — Sur les G. E. défectueuses (Munchner Medizinische Wochensch., an LXXIV, nº 39, 30 sept. 1927).

Hellmer. — Etude sur la muqueuse gastro-intestinale après G. E. (Acta radiologica, Vol. IV, fasc. I in journal Radiologie, 1925).

Hertz. — The sensibility of the alimentary canal. London, 1911.

— The after effects of gastro enterostomy (British medical Journal, avril 1913).

— The cause and treatment of certain unfavorable after effects of gastro enterostomy (Annals of surgery, oct. 1913).

Isokoloff. — Sur la possibilité de l'étranglement rétrograde de l'anse afférente après G.-E. (Brum's Beiträge zur klinische Chirurgie, t. CXXXIV, fasc. I).

Jonas. — Sur les douleurs observées après G.-E. et les condi-

tions radiologiques de l'estomac anastomosé suffisance et insuffisance de la bouche (Archiv fur Verdannung's Krankheiten, 1908, t. 14, p. 656).

Jones. — Relation de 3 cas avec des remarques sur les effets physiologiques observés chez un des malades (American Journal of surgery, 1908, t. XXII, nº 8, août 1708).

Lardennois et *Rouvillois*. — Occlusions haute du grêle après gastro-entérostomie (Soc. nat. Chir., janv.-févr. 1921).

Launay. — Dilatation du duodénum consécutive à une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal sténosant (Soc. Nat. Chirurgie, 3 déc. 1924).

Ledoux-Lebard, *Garcia Calderon* et *Jahiel*. — Sur un cas de sténose haute du grêle après G.-E. (Soc. de Radiol. Méd., févr. 1930).

Legget (*N.-B.*) et *Draper Maury* (*G.-W.*). — Studies upon the fonctions of pylore and stoma after gastro-enterostomy has heem performed (Annals of surgery, 1907, t. 44, p. 549).

Leveuf. — Perforation en péritoine libre d'un ulcère jéjunal consécutif à une G.-E. (Société Nationale de Chirurgie, 14 avril 1926).

Lewisohn. — Invagination dans les bouches de G.-E. (Annales of Surgery, vol. LXXVI, nº 4, oct. 1922).

Mac Clure et *Claremont*. — Un cas d'inversion du pylore ayant amené une obstruction d'une bouche de G.-E. (The Lancet, Londres, 31 mars 1923).

Mansel Moulin. — La G.-E. au point de vue médical (The Lancet, 1908, nº 4436, 5 sept.).

Métivet. — Remarques sur le fonctionnement des bouches de G.-E. (Presse médicale, 28 janv. 1920, p. 73, nº 8).

Monselize. — G.-E. et cercle vicieux chronique (Gazetta degli Ospedali e delle cliniche. Milan, an. XLVIII, nº 8, 20 févr. 1927).

Moreau. — Des suites de la G.-E. pratiquée pour sténose non cancéreuse du pylore. Th. Paris, 1909.

— Reflux duodénal après G.-E. (Société de radiol. médicale, 1922).

Moreau (*G.*) et *Murdoch*. — Etude radiologique de la gastro-entérostomie avec et sans exclusion du pylore (Archives franco-belges de chir., juillet 1924, nº 7).

Murphy (*G.-T.*) Mécanisme gastrique après G.-E. (The ameri-

can Journal of Roentgen, vol. VI, mars 1919, nº 3, p. 148).

Ohly. — Sur les conséquences de la G. E. (Archiv. fur Klinische chirurgie, Berlin, t. CXXVIII, fasc. 3, 1924).

Neuhaus. — Recherches sur le fonctionnement de l'estomac à la suite de la G.-E. (XXXVII[e] Congrès de la Soc. allemande de Chirurgie, Berlin, 21-24 avril 1908).

Oudard. — Deux cas d'occlusion haute après gastro-entérostomie (Bull. et Mém. Soc. Chirurgie, 2 mai 1923).

Outland (*J.-H.*), *Skinner* (*E.-H.*). — Une étude du fonctionnement de l'estomac après G.-E. au moyen des rayons X (Surgery Gynecoly and obstetrics., t. XVII, 1913, p. 175).

Parmentier et *Dénéchaux*. — La dyspepsie des ulcéreux gastriques opérés (Semaine médicale, 9 octobre 1916).

Pauchet (*V.*). — La G.-E. et ses complications éloignées (Gazette Hôp., nº 77, 1924).

Peroumoff. — Influence de la largeur de la bouche gastro-intestinale sur la rapidité de l'évacuation de l'estomac (Vistnik chirourgui pogranitchnich oblastei, Lemingrad, t. XIII, nº 37-38, 1928).

Petrov (*N.-N*). — (Lemingrad). — Que nous apprennent les réinterventions dans la maladie ulcéreuse de l'estomac (Annales Méd. et Chir., t. I, nº 2-3, 1928, p. 43-57).

Pireaux. — La G.-E. et ses complications (Archives Médicales Belges, Bruxelles, an LXXX, nº 3, mars 1927).

Pribram. — La G.-E. considérée comme maladie (Zentralblatt für Chirurgie Leipzig, an LII, nº 5, 31 janv. 1925).

Raider. — Analyse de la G.-E. et de ses échecs (Journal of American Medical associat., 12 nov. 1921).

— Archives mal. tube digest. et nutrit., 1922, t. XII, p. 368.

Razzaboni. — La physiologie du circulus viciosus consécutif à la G.-E. dans ses rapports avec l'occlusion haute (Archivio italiano di Chirurgia, Bologne, t. IV, f. 6, déc. 1921).

Reischauer. — Sur les troubles d'évacuation post-opératoire de l'estomac (Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. CXLIX, fasc. 4, 2 nov. 1928).

Rochet et *Pollosson*. — Circulus viciosus (P.-M., 12 sept. 1925).

Rœder. — La G.-E., ses échecs (The Journal of the American Med. Associat. Chicago, t. LXXVII, nº 17, 22 oct. 1921).

Rohde. — Sur l'invagination ascendante du grêle après G.-E. (Acta chirurgica Scandinavica., Stockholm, vol. LVII, fasc. 6, 31 déc. 1924).

Schuller. — Sur le fonctionnement de l'estomac après G.-E. (Mitheil aus die Grenzgeb. med und chirurg., t. XXII, fasc. 5, p. 715, 1911).

Spencer. — Circulus viciosus 14 ans après G.-E. (The British Journal of surgery, t. LX, n° 35, janv. 1922).

Staunig. — Ueber die Rœntgen symptoma der Passage behinderung der Flexura (Wiener Kl. Wochensch., 1924, n° 39).

Stralegui. — Constations radiologiques concernant le fonctionnement des néo-bouches avec et sans exclusion pylorique (La Prensa Medica Argentina. Buenos-Aires, 10 oct. 1921).

Stursberg. — Résultat très spécial d'une gastro-entérostomie expliquée par radiographie après bouillie opaque (Zentralblatt für Chirurgie, Leipzig, an. LIV, n° 49, 3 déc. 1927).

Takats (de). — Des troubles de la physiologie stomacale après les opérations gastriques (The American Journal of the Medic. Sciences, vol. CLXXII, n° 1, juil. 1926, p. 45-51).

Vuilliet. — L'invagination du jéjunum dans la G.-E. (Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 24 juil. 1924, n° 30, p. 669).

Welti. — Sténoses chroniques incomplètes sous-vatériennes du duodénum. Th. Paris, 1926.

931. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-30